



## CLÍNICA DE DERMATOLOGÍA DEL DR. DONÍS MUÑOZ - GANDIA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO AL TRATAMIENTO DE FOTOREJUVENECIMIENTO CON LUZ PULSADA INTENSA IPL

1º-El objetivo de este tratamiento con IPL, es conseguir un aspecto más joven de la piel, eliminando de forma controlada y selectiva las **manchas oscuras**, y/o los pequeños **vasos** o arañas vasculares ( en la nariz, mejillas, cuello, escote, etc.)

2º-Para obtener los mejores resultados, por lo general son suficientes **2 sesiones** separadas 1 mes entre ellas. No obstante, pueden hacerse tantas como se precisen.

3º- Tras la sesión de IPL, es **normal tener sensación de quemazón**, similar a una quemadura solar, que desaparece en un par de horas. Las manchas de la piel tratada se irán oscureciendo en unas horas, y se desprenderán espontáneamente en 7 a 15 días, dando paso a una piel mucho más limpia y joven.

A pesar de la correcta realización de la técnica, pueden presentarse efectos indeseables como un moderado edema o hinchazón de los pómulos especialmente por la mañana, que desaparecerá en 2 a 3 días, quemaduras, o alteraciones, por lo general transitorias, de la pigmentación de la piel tratada. Me comprometo a **consultar ante cualquier problema** que surja.

4º- Recuerde, que **no debe exponerse al Sol** antes, ni después de cada sesión, debiendo utilizar diariamente protección solar alta durante varios meses.

5º-El paciente debe informar al médico sobre los **antecedentes de quemaduras solares**, enfermedades, medicamentos, reacciones de fotosensibilidad, y cualquier otra circunstancia.

6º-En caso de tener un **tatuaje cosmético** en la zona a tratar (cejas, perfilado de labios, areola mamaria, etc.), debe advertir al médico, con el fin de proteger las zonas tatuadas de la luz pulsada.

En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado. **He comprendido las explicaciones realizadas con lenguaje claro y sencillo**, estando satisfecho/a con la información recibida, y entiendo el alcance y el riesgo del tratamiento para el fotoenvejecimiento con luz pulsada. Me comprometo a seguir todas las instrucciones.

En tales condiciones, **consiento que se me realice el tratamiento** por el Dr. Donís Muñoz o personal de su equipo.

Nombre y apellidos ..... Fecha ....../....../..... Fdo. El Paciente

Nº .....

Clínica Dermatológica del Dr. Donís Muñoz, C/ Magistrat Català 16-3ºC 46701- GANDIA  
Tel. 962874253 [consulta@donismunoz.com](mailto:consulta@donismunoz.com) [www.donismunoz.com](http://www.donismunoz.com)